



DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS, JURÍDICAS E SOCIAIS

CURSO DE LICENCIATURA EM PSICOLOGIA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

ANO LETIVO 2016/2017 – 4ºANO

O IMPACTO DA FAMÍLIA NA SAÚDE MENTAL

Discente: Stefania Lopes Inocência nº 3083

Mindelo, 2019

UNIVERSIDADE DO MINDELO
DEPARTAMENTO DAS CIÊNCIAS HUMANAS, JURÍDICAS E
SOCIAIS
RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

O IMPACTO DA FAMÍLIA NA SAÚDE MENTAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade do Mindelo como parte de requisitos para
obtenção do grau de Licenciatura em Psicologia

Discente: Stefania Lopes Inocêncio nº 3083

Orientadora: Doutora Tereza Andrade

Mindelo, 2019

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho á toda a minha família, principalmente a minha mãe e ao meu namorado que sempre insistiram em mim, e ao meu filho amado que me deu novamente forças para lutar para o meu futuro.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, aos meus pais que sempre me apoiaram emocionalmente e financeiramente.

À Deus que está sempre ao meu lado.

Ao meu namorado que sempre acreditou em mim e sempre me apoiou.

À minha orientadora Doutora Tereza Andrade pelas orientações e conhecimentos que me transmitiu ao longo do estágio.

Às Psicólogas do Hospital Baptista de Sousa.

E a todos os meus professores pelos conhecimentos que me transmitiram desde o 1º ano.

Um obrigado á todos!!!

RESUMO

O estágio é um processo de aprendizagem que permite os estudantes entrarem em contacto com o mundo laboral vivenciando experiências profissionais indispensáveis para o desenvolvimento da carreira. O presente relatório de estágio de Psicologia Clínica e da Saúde tem por finalidade descrever todo esse processo de estágio realizado no Hospital Dr. Baptista de Sousa. Este processo iniciou-se no mês de fevereiro e esteve mais focada ao contexto hospitalar. Durante este período foi realizado atividades em algumas das enfermarias do hospital, bem como, atendimento de casos.

Palavras chaves: Estágio, contexto hospitalar, atendimento de casos.

ABSTRACT

The internship is a learning process that allows students to get in contact with the world of work experiencing professional experiences indispensable for the development of the career. The present internship report of clinical and health psychology has the purpose to describe the entire internship process performed at the Hospital Dr. Baptista de Sousa. The process began in the month of February and was more focused to the hospital context. During this period, activities were carried out in the hospital wards, as well as case attendance.

Key-words: Internship, Hospital context, case attendance.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	2
História e Caracterização do Hospital Dr. Baptista de Sousa	2
Objetivos da Instituição.....	3
Princípios de Funcionamento da Instituição	3
Caracterização das Enfermarias do Hospital.....	4
Atividades Do Estágio	5
Fase de Adaptação.....	5
Atividades na Enfermaria da Maternidade.....	5
Atividades na Enfermaria da Medicina	5
Atividades na Enfermaria da Psiquiatria.....	6
Atividades no Serviço da Psicologia.....	6
Atividades externas	6
CAPÍTULO II- APRESENTAÇÃO DOS CASOS	7
Justificativa.....	7
Fundamentação Teórica do Caso I.....	7
História da vida	14
Entrevistas	15
Compreensão do caso.....	17
Proposta de Intervenção	18
Fundamentação teórica do caso II.....	20
Entrevistas	23
Compreensão do caso.....	24
Proposta de intervenção	25
REFLEXÃO PESSOAL	27
CONCLUSÃO	28
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29
ANEXOS	30

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Identificação do sujeito do caso I	15
Tabela 2. Plano de intervenção do caso I.....	19
Tabela 3. Identificação do sujeito do caso II.....	24
Tabela 4. Plano de intervenção do caso II.....	26

INTRODUÇÃO

O presente relatório consiste em descrever todo o processo e dinâmica do estágio curricular em Psicologia Clínica e da Saúde realizada no Hospital Dr. Baptista de Sousa orientada pela Doutora Tereza Andrade.

O estágio teve como objetivos colocar em prática todos os conhecimentos adquiridos ao longo da formação e aprofundar esses mesmos conhecimentos. Este processo iniciou-se no mês de fevereiro.

O estágio esteve mais virado ao contexto hospitalar onde o atendimento é feito nas enfermarias junto ao leito dos pacientes, e se houvesse necessidade, depois da alta, o seguimento era feito por sessões individuais no Serviço de Psicologia. As enfermarias que tive mais contato foram as Enfermarias da medicina, cirurgia e maternidade, acompanhada, inicialmente, em cada uma delas com a psicóloga responsável do serviço.

O relatório está dividido por capítulos sendo que no primeiro capítulo, apresenta-se a caracterização da instituição onde também será abordado as atividades do estágio, e no segundo capítulo, a apresentação dos casos onde será apresentado a fundamentação teórica, a avaliação psicológica e a proposta da intervenção dos dois casos.

CAPÍTULO I – CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

1.1 História e Caracterização do Hospital Dr. Baptista de Sousa

A construção do Hospital Dr. Baptista de Sousa iniciou-se em 1880 e a inauguração decorreu dois anos depois, em 1901, após a Independência, embora já funcionasse parcialmente desde 1899. A medida que os anos foram passando, este foi se desenvolvendo e se constituindo para atender a demanda e as necessidades da população.

O Hospital Baptista de Sousa é um dos hospitais centrais de Cabo Verde e recebe para além das pessoas da ilha, demandas de pessoas das ilhas de Santo Antão, Sal e São Nicolau.

O interesse pela saúde mental só se expressou a partir de 1980 através de consultas periódicas de um psiquiatra. Durante a sua ausência, o responsável pela medicação dos pacientes era um enfermeiro. Posteriormente, ainda na década de 80 a componente psicológica começou a se estabelecer com a incorporação de um psicólogo neste serviço. Em janeiro de 1996, o serviço de saúde mental veio a ser inaugurado como “enfermaria de crise”.

Inicialmente, o serviço de saúde mental era constituído por consultas externas de Psicologia, Psiquiatria, e a “enfermaria de crise”, que é o espaço onde os pacientes “em crise” são internados e depois devolvidas aos seus respetivos ambientes sociais. Atualmente o serviço sofreu algumas mudanças. A “enfermaria de crise” passou a ser a enfermaria da Psiquiatria e o serviço da Psicologia passou a trabalhar somente com pacientes internados nas enfermarias do hospital, tendo cada enfermaria uma psicóloga diferente, e se houver necessidade de seguimento, as consultas são continuadas no Serviço de Psicologia.

O Hospital estrutura-se em três alas principais:

O Bloco Principal, onde se encontra o banco de urgências, a secretaria, a secção de estatística e outros serviços auxiliares, no primeiro andar encontra-se a enfermaria de medicina e o sector de cuidados intensivos, no segundo andar encontra-se a enfermaria de maternidade e no terceiro andar a enfermaria de cirurgia.

O Bloco Novo, onde se encontra os quartos particulares, a farmácia, o laboratório de análises, a enfermaria de pediatria, o serviço de fisioterapia e o banco de sangue, e no primeiro andar encontra-se um bloco operatório e a enfermaria de traumatologia.

O Hospital Velho, onde se encontra a biblioteca, alguns consultórios, uma cantina pública, a escola de enfermagem, o serviço de curativos, o serviço de psicologia, a enfermaria de psiquiatria, entre outros.

1.3 Objetivos da Instituição

Os objetivos do Hospital Dr. Baptista de Sousa estão expostos no B.O – I serie – Nº 51 da República de Cabo Verde – 19 de dezembro de 2005.

São atribuídos os seguintes objetivos:

- Prestar cuidados de saúde especializados, curativos e de reabilitação, em regime de urgência, consultas externas e atendimento;
- Prestar apoios técnicos aos demais serviços e unidade de saúde;
- Colaborar no ensino e na investigação científica em diferentes áreas de interesse para o país, designadamente através da realização de internamento, de cursos e estágios para profissionais de saúde;
- Servir de centro de formação inicial e aperfeiçoamento para quadros de paramédicos.

1.4 Princípios de Funcionamento da Instituição

A direção e a gestão dos Hospitais Centrais devem seguir os seguintes princípios gerais:

- A prestação de cuidados de saúde deve ser pronta e de qualidade, respeitando os direitos dos doentes e apoiar-se numa visão interdisciplinar e global deste;
- O pessoal dos Hospitais Centrais é obrigado a cumprimento das normas e ética profissional devendo tratar os doentes com o maior respeito possível;
- Os Hospitais Centrais devem por em prática uma política de informação que permite aos utentes o conhecimento dos aspetos essenciais do seu funcionamento;
- A atividade dos Hospitais Centrais deve desenvolver-se de acordo com os planos aprovados e com linhas de ação governativas bem definidas;
- A gestão dos Hospitais Centrais deve basear-se em critério da racionalidade económica que garante a comunidade a prestação de serviços de qualidade e de menor custo.

1.5 Caracterização das Enfermarias do Hospital

Caracterização do Serviço de Medicina

O serviço é constituído por um gabinete médico onde realizam-se reuniões entre si, um gabinete de enfermagem e um refeitório. Também se encontra na enfermaria dois quartos para os pacientes do sexo masculino e dois quartos para pacientes do sexo feminino e há um outro quarto dividido em seis compartições com capacidade de uma cama destinada a patologias diversas. Há também uma sala de procedimentos e de tratamentos, a sala de medicamentos, o espaço de troca de vestuário destinado aos técnicos de enfermagem, duas casas de banho para os pacientes sendo um para o sexo feminino e outro para o sexo masculino, uma arrecadação de resíduos hospitalares e o gabinete do médico diretor do serviço.

Caracterização do Serviço de Maternidade

A enfermaria de maternidade divide-se em dois blocos, o de Pré e Pós-parto e o do Parto.

No Bloco “Pré e pós-parto, encontra-se quatro quartos sendo uma para gravidez de alto risco, duas para o puerpério e uma de genecologia. Há uma sala de isolamento com capacidade para duas camas para pacientes com infeções graves e contagiosas(tais como mastite, infeção de ferida operatório, ou alguma patologia grave), encontra-se também um quarto com duas camas destinadas a pacientes de alto risco, pacientes de cuidados especiais, etc., a sala de Neonatologia, onde se encontram recém- nascidos que requer cuidados especiais. Neste mesmo bloco encontram-se ainda uma sala de enfermagem, um espaço onde se guarda os medicamentos, um gabinete médico, um quarto destinado ao médico que se encontra ao serviço durante 24 horas, um refeitório, duas casas de banho sendo uma para os pacientes e outra para a equipa de saúde.

No Bloco “Parto”, encontra-se dois quartos de pré-parto com três camas cada, uma sala de observação com uma cama, um ecógrafo, uma sala de parto, um quarto para cardiografia, observação do foco fetal e contrações uterinas.

Caracterização do Serviço da Cirurgia

A enfermaria é constituída por cinco quartos, dois quartos de isolamento, um quarto para queimados, uma sala de reuniões, a sala de administração, uma sala de enfermagem, uma sala de resíduos hospitalares e roupas, uma sala de medicamentos e um refeitório.

Caracterização do Serviço de Psicologia

O serviço de psicologia encontra-se localizado no hospital velho e é constituído por duas salas: A primeira sala onde se realiza reuniões. Ela é constituída por uma mesa, algumas cadeiras, um armário e dois computadores, e a segunda sala é a sala de atendimento que é constituída por dois sofás e uma mesa pequena.

1.6 Atividades Do Estágio

Fase de Adaptação

O estágio iniciou-se no mês de fevereiro tendo como orientadora a Doutora Tereza Andrade. Neste período, que durou alguns dias, foi nos apresentado as enfermarias onde iríamos trabalhar e a alguns técnicos da saúde, e ainda, tivemos a oportunidade de realizar a leitura de algumas bibliografias e dos relatórios de estágio dos anos anteriores.

Atividades na Enfermaria da Maternidade

Visita as mães com o objetivo de saber como estavam se sentindo com a experiência, e fizemos aconselhamento á algumas delas sobre a amamentação. Tive que recorrer a alguma bibliografia para junto da psicóloga da enfermaria, esclarecer as dúvidas dos pacientes sobre a amamentação.

Atividades na Enfermaria da Medicina

Quando estava na enfermaria, todas as Terças-feiras, assistíamos as discussões de casos e as visitas que a equipa médica realizava aos pacientes internados.

Atividades na Enfermaria da Psiquiatria

Todas as Sextas Feiras íamos a enfermaria assistir aos exames psíquicos que os psiquiatras faziam aos pacientes internados. Este exame tem como objetivo avaliar o psíquico do sujeito, com o intuito, de saber se o sujeito tem condições de ter alta e continuar o tratamento fora da enfermaria.

Atividades no Serviço da Psicologia

Todas as Quintas-feiras tínhamos discussões de casos.

Atividades externas

Participação na feira da saúde cujo o lema era Depressão: vamos conversar

Na feira, entregávamos folhetos sobre a depressão às pessoas, explicávamos-lhes o que era o transtorno e esclarecíamos algumas dúvidas.

Palestra com reclusos na cadeia civil com o tema álcool e drogas

Iniciamos a atividade com uma dinâmica de apresentação, de seguida, falamos sobre as drogas, através de uma conversa aberta, em que os reclusos se mostraram participativos, partilhando as suas experiências. No fim, encerramos a atividade com uma frase motivadora em que dois participantes se ofereceram para formar, através de um conjunto de letras, a frase e de seguida colar a mesma numa cartolina.

CAPÍTULO II- APRESENTAÇÃO DOS CASOS

3.1 Justificativa

Escolhi o primeiro caso, pois, de todos os casos que tive contacto, este foi o que consegui realizar uma avaliação psicológica, pouco mais, aprofundada. Infelizmente, não consegui terminar a avaliação, pois, após a alta, a paciente não compareceu mais as consultas de psicologia, mas consegui obter algumas informações que me ajudaram a compreender o caso e levar-me a uma hipótese diagnóstica.

Já o segundo caso, as duas entrevistas de avaliação levaram-me a uma hipótese diagnóstica, embora que também não consegui terminar a avaliação, pois, o paciente teve alta e não compareceu mais as sessões.

3.2 Fundamentação Teórica do Caso I

Depressão

Definição

A depressão é uma doença que afeta o humor, gerando tristeza profunda, persistente e desproporcional, que ultrapassa duas semanas e que acaba por afetar a vida pessoal, acadêmica ou profissional do sujeito (Faria C., 2019).

A depressão é uma doença incapacitante que atinge por volta de 350 milhões de pessoas no mundo, atingindo pessoas de todas as faixas etárias e classes sociais. Os quadros variam de intensidade e duração e podem ser classificados em três diferentes graus: leves, moderados e graves (Varella D., 2016).

Sintomas

Segundo o CID-10, em episódios depressivos típicos, de todas as três variedades (leve, moderado e grave), o indivíduo usualmente sofre de humor deprimido, perda de interesse e prazer, e energia reduzida levando a uma fadigabilidade aumentada e atividade diminuída. Cansaço marcante após esforços leves é comum. Outros sintomas comuns são:

- (a) concentração e atenção reduzidas;
- (b) autoestima e autoconfiança reduzidas;

- (c) ideias de culpa e inutilidade (mesmo em um tipo leve de episódio);
- (d) visões desoladas e pessimistas do futuro;
- (e) ideias ou atos autolesivos ou suicídio;
- (f) sono perturbado;
- (g) apetite diminuído.

Episódio Depressivo Leve

Diretrizes diagnósticas

Segundo o CID-10, o humor deprimido, a perda de interesse e prazer e fadigabilidade aumentada são usualmente tidos como os sintomas mais típicos de depressão, e pelo menos dois dos sintomas devem usualmente estar presentes para um diagnóstico definitivo. Nenhum dos sintomas deve estar presente em um grau intenso e a duração mínima do episódio completo é cerca de duas semanas.

Um indivíduo com um episódio depressivo leve está usualmente angustiado pelos sintomas e tem alguma dificuldade em continuar com o trabalho do dia a dia e atividades sociais, mas provavelmente não irá parar suas funções completamente.

Episódio Depressivo Moderado

Diretrizes diagnósticas

Segundo o CID-10, Pelo menos quatro ou mais dos sintomas devem estar presentes. A duração mínima do episódio completo é de cerca de duas semanas.

Um indivíduo com episódio depressivo, moderadamente grave, usualmente terá dificuldade considerável em continuar com atividades sociais, laborativas ou domésticas.

Episódio Depressivo Grave sem Sintomas Psicóticos

Diretrizes diagnósticas

Segundo o CID-10, O paciente usualmente apresenta angústia ou agitação considerável, a menos que retardo seja um aspecto marcante. Perda de autoestima ou sentimentos de

inutilidade ou culpa, provavelmente, são proeminentes e o suicídio é um perigo marcante nos casos particularmente graves. Presume-se, aqui, que a síndrome somática estará quase sempre presente.

O episódio depressivo deve usualmente durar pelo menos duas semanas, mas se os sintomas são particularmente graves e de início muito rápido, pode ser justificado fazer esse diagnóstico com menos de duas semanas. Durante um episódio depressivo grave é muito improvável que o paciente seja capaz de continuar com suas atividades sociais, laborativas ou domésticas, exceto em uma extensão muito limitada.

Episódio Depressivo Grave com Sintomas Psicóticos

Diretrizes diagnósticas

Segundo o CID-10, para além, dos sintomas do episódio depressivo, a pessoa apresenta alucinações, delírios, ou estupor depressivo. Os delírios usualmente envolvem ideias de pecado, pobreza ou desastres iminentes, pelos quais o paciente pode assumir a responsabilidade. Alucinações auditivas ou olfativas são usualmente de vozes difamatórias ou acusativas, ou de sujeira apodrecida ou carne em decomposição. Retardo psicomotor grave pode evoluir para estupor.

Causas

O transtorno depressivo é multifatorial, ou seja, não depende de um único fator.

Sabe-se hoje que 20 a 45% das depressões mais ligeiras tem uma base de predisposição genética, e que maior será a proporção para depressões de maior gravidade, contudo, o facto de haver uma predisposição, não é determinante mesmo perante uma situação de maior exigência emocional (Rivero C., 2009).

Experiências adversas na infância, particularmente quando existem múltiplas experiências de tipos diversos, constituem um conjunto de fatores de risco potenciais para transtorno depressivo maior (Ex: abusos físicos, sexuais ou emocionais). Eventos estressantes na vida, como por exemplo, o desemprego, o divórcio, as descobertas de uma doença grave, entre

outros, também são reconhecidas como precipitantes de episódios depressivos maiores (Rivero C., 2009).

Um fator relativamente consensual entre diversos investigadores, prende-se com a forma como encaramos a vida. Aaron Beck, uma referência no estudo da depressão, considera que de algum modo nos tornamos mais vulneráveis à depressão quando, perante acontecimentos negativos, tendemos a ter atitudes disfuncionais, geralmente relacionadas com uma noção errónea de que a nossa felicidade e autoestima dependem de fazermos tudo perfeito ou da aprovação dos outros (Lyubomirsky citado por Rivero C., 2009).

Seligman um dos fundadores da Psicologia Positiva, fala de um estilo explicativo pessimista de tudo o que nos acontece na vida, tornando-nos mais negativos, críticos, desesperançados, e vulneráveis à depressão. Estas ideias estão de acordo com os estudos de David Burns que deixam claro que as emoções resultam da forma como se olha a realidade, dos nossos pensamentos, já que, dado o funcionamento do nosso cérebro, precisamos de compreender os eventos, dar-lhes um significado, antes de os sentir (Rivero C., 2009).

Modelos da Depressão

Os modelos de depressão não pretendem ser teorias causais da depressão, mas sim, modelos que postulam que dentro do síndrome depressivo, há uma perturbação primária e autónoma que vai desencadear todas as outras, isto é, que há um sintoma primário a volta do qual os outros se organizam. Cada modelo de depressão elege como perturbação primária, à volta da qual a síndrome se organiza, uma perturbação diferente.

O Modelo Clássico de Delay

Para Delay, a tristeza é o acontecimento primário que está na base de todos os outros, e que vai então provocar tanto as perturbações do conteúdo do pensamento como a lentificação psicomotora (Reis T, 1999).

- Quanto **as perturbações do conteúdo do pensamento**, ou seja, quanto às ideias de desvalorização, as ideias de que o mundo exterior é difícil de enfrentar e as ideias pessimistas quanto ao futuro, Delay diz que são algo de secundário em relação a tristeza. Isto porque

postula que «O deprimido não está triste porque tem ideias tristes, ele tem ideias tristes porque está triste (Reis T, 1999).

- Quanto a **lentificação psicomotora**, é também a tristeza que a provoca, isto é, se no plano psíquico há uma ideação lenta e pobre, é porque o indivíduo está triste e, como tal, só tem ideias tristes a parasitar-lhe o pensamento, sem permitir a interferência de outras que o dinamizem, e se no plano motor há perda de iniciativa, é porque o indivíduo também está triste e, como tal, as coisas deixam de ter sentido para ele, pelo que não vale a pena serem feitas (Reis T, 1999).

As perturbações do conteúdo do pensamento e a lentificação psicomotora vão, por sua vez, aumentar a tristeza que as provocou, criando-se um ciclo vicioso que leva a que o efeito dissimule a causa, e esta relação por vezes se confunda (Reis T, 1999).

O Modelo Cognitivo de Beck

Beck sugere que a perturbação primária desta síndrome é uma perturbação cognitiva. Beck pensa que, se face a uma dada situação as pessoas reagem de modos diferentes, é porque cada uma extrai dessa mesma situação, diferentes aspetos para os combinar de uma forma coerente e chegar, assim, a uma conclusão. Pensa que isto acontece porque há estruturas cognitivas básicas relativamente estáveis, que são subjacentes a atividade mental e que guiam o processo do pensamento. A estas estruturas chamou *Esquemas* (Reis T, 1999).

O **Esquema** é, então, como que uma chave para triar, decifrar, codificar e avaliar as situações, determinando assim o modo como o indivíduo organiza e percebe o seu ambiente e as suas próprias vivências. Face a uma dada situação, é ativado um esquema relevante a ela, é esse esquema que vai abstrair determinados detalhes dessa situação, logo, é ele que vai influenciar a formação de cognições. É como se o esquema fosse uma premissa que levará a uma conclusão, ou seja, um constructo hipotético, que não pode ser observado, mas que pode ser inferido, pois o seu conteúdo é expresso nas atitudes, valores e pensamentos dos indivíduos (Reis T, 1999).

Beck diz que na representação dos 3 domínios: *Eu, o Mundo exterior e o Futuro*, há conteúdos ou temas negativos característicos da depressão, a que chamou *Tríade Cognitiva* (Reis T, 1999).

- **No domínio do Eu**, o conteúdo é uma visão negativa de si próprio e das suas experiências, que leva os indivíduos a sentirem que lhes falta algo para serem felizes, úteis, etc., o que exprime ideias de desvalorização (Reis T, 1999);

- **No domínio do Mundo Exterior**, o conteúdo é uma apreciação negativa do ambiente, que sentem como demasiado exigente e com obstáculos intransponíveis, o que exprime ideias de fraqueza (Reis T, 1999);

- **No domínio do Futuro**, o conteúdo é uma visão negativa «do que há de vir», pelo que se sentem sem esperança, e acreditando que o seu sofrimento não acabará, o que exprime ideias de pessimismo (Reis T, 1999).

Assim, o conteúdo negativo desta *Tríade Cognitiva*, está organizado em esquemas negativos disfuncionais, que podem estar relativamente adormecidos no período não depressivo, mas que se tornam progressivamente mais ativos, à medida em que a depressão se precipita e desenvolve. Estando ativos, vão ser evocados por toda a espécie de situações, fazendo com que a sua análise seja feita em função deles, o que é refletido na prevalência crescente das tais ideias depressivas, quanto apreciação de si, do mundo exterior e do futuro (Reis T, 1999).

O Modelo De Klein

Klein propõe um modelo apenas aplicável às depressões ditas endógenas. Diz que estas seriam caracterizadas por um deficit de capacidades do sujeito em sentir prazer nas coisas e em conseguir fazer uma antecipação dos acontecimentos agradáveis. Esta perturbação definiria a anedonia (Reis T, 1999).

Ele não propõe um esquema causal entre este sintoma, que considera primário, e os outros da síndrome depressiva, dizendo apenas que a perda de interesse e a lentificação psicomotora, estão diretamente ligadas a ele. Klein liga esta perturbação a alterações neurofisiológicas (de tipo quantitativo), nos centros reguladores do humor e dos afetos (Reis T, 1999).

O Modelo De Widlocher

Widlocher postula que a lentificação psicomotora é a perturbação primária do síndrome depressivo. Na depressão, há uma lentificação psicomotora, expressa por uma lentificação da atividade gestual (postural ou mímica) e por um estilo de pensamento caracterizado pela lentificação da atividade ideativa e consequente lentificação da linguagem (Reis T, 1999).

Diz que a lentificação vai ser, necessariamente, fonte de tristeza. Por um lado, a lentificação vai alterar mais o tempo, que o conteúdo do pensamento, isto, leva a que o sujeito sinta que «O tempo leva mais tempo a passar», ou seja, leva a uma vivência subjetiva de lentidão do tempo vivido e, logo, a uma vivência profunda de aborrecimento. Para além disso, se a lentificação se acompanha de uma vivência de aborrecimento, ela vai exprimir-se na ruminação de pensamentos tristes, pelo que o indivíduo se irá sentir necessariamente triste (Reis T, 1999).

Estilo Parental Autoritário

O estilo autoritário caracteriza-se pela imposição da obediência e do respeito pela autoridade. Se na relação que se estabelece entre os pais e a criança, o afeto, a reciprocidade e o equilíbrio de poder não estão presentes, o desenvolvimento da criança pode ser prejudicado, comprometendo-se as relações posteriores que ela virá a estabelecer com outras pessoas. Os pais autoritários são exigentes, pouco tolerantes e pouco compreensivos, daí resultando a submissividade e o conformismo dos filhos (Delgado-Martins E., 2015).

O ambiente emocional criado é caracterizado, muitas vezes, por frieza, distância, e pela ausência de estímulo e de encorajamento, o que não é favorável ao desenvolvimento da autoestima na criança e dificulta a compreensão de regras, uma vez que impede a negociação. As crianças tornam-se frequentemente submissas e dependentes, aparentando não se empenharem na conquista de objetivos. A autonomia que é necessária à tomada de decisões nem sempre se desenvolve. Os filhos de pais autoritários podem ter bom rendimento nos estudos, mas são pressionados a corresponder a expectativas nem sempre razoáveis dos pais em relação ao trato social, ao aproveitamento académico e às escolhas profissionais (Delgado-Martins E., 2015).

Alguns estudos mostram que os filhos de mães autoritárias são socialmente retraídos, depressivos e ansiosos. Noutros estudos os filhos de pais autoritários foram descritos como tendo tendência para um desempenho escolar moderado, sem problemas de comportamento, mas possuindo pouca desenvoltura em sociedade, baixa autoestima e alto índice de depressão (Delgado-Martins E., 2015).

3.3 Caso I

Tabela 1. Identificação do sujeito

Dados Sociodemográficas	
Nome: F.M	Nº de irmãos: 3 irmãos mais novos
Idade: 22 anos	Profissão: Estudante do 1º ano do curso de Marketing em ISCEE
Sexo: F	Nome da mãe: S.M
Residência: Chã de Alecrim	Idade da mãe: 50
Naturalidade: São Vicente	Profissão da mãe: Empregada doméstica

Motivo da interconsulta: Tentativa de suicídio através da ingestão de medicamentos

História da vida

A F.M tem 22 anos e vive com a mãe, o padrasto e 3 irmãos e, segundo ela, a relação com a mãe e o padrasto é «fria», já com os irmãos, a relação é boa e com o pai a relação é inexistente, pois, a mesma não tem notícias dele desde os 3 anos de idade, quando se separou da mãe. Segundo a paciente, inicialmente, estava a gostar do curso de Marketing mas já perdeu o interesse e só não desiste por medo da reação da mãe, também alega que a mesma não a deixava sair de casa quando era mais nova e que agora só a deixa sair de dia, mas que já perdeu a vontade, preferindo ficar deitada em casa. Ela se sente sozinha, sem energia e sufocada pela mãe desde adolescência.

Entrevistas

Foram feitas três entrevistas de avaliação na enfermaria da medicina, sendo a primeira entrevista feita com a psicóloga responsável da enfermaria.

1ª Entrevista

A paciente foi pouco colaborativa, falava baixo, e evitava o contato visual.

Cumprimentamo-nos e apresentamo-nos, de seguida, perguntamos a F.M se ela sabia o motivo de estarmos ali, ao que ela respondeu que sim, que era devido a sua tentativa de suicídio. Perguntamos-lhe como ela estava se sentindo, e respondeu que estava a se sentir mais ou menos.

De seguida, perguntamos-lhe se queria contar-nos o episódio, ao que ela respondeu que o fez porque estava cansada da sua vida e, naquele dia estava sozinha, por isso, pela primeira vez aproveitou para ingerir alguns medicamentos que havia no quarto da sua mãe e, afirmou que não estava arrependida. Depois fizemos-lhe algumas perguntas objetivas como a idade, a profissão, a residência, mas ela permaneceu-se em silêncio.

No fim, despedimo-nos e desejamos-lhe melhoras.

2ª Entrevista

Nesta entrevista, a paciente mostrou-se mais colaborativa e tranquila. No entanto, desviava o contato visual e demonstrava uma ligeira ansiedade, pois, agitava muito as mãos.

A F.M vive com a mãe, o padrasto e três irmãos mais novos em Chã de Alecrim, está a fazer o curso de Marketing em ISCEE e diz que, no início, estava a gostar do curso, mas agora só lhe apetece desistir, pois, já perdeu o interesse e só não o faz por medo da reação da mãe. A mãe é empregada doméstica e o padrasto taxista e a relação com eles é fria, pois, não se sente à vontade em falar com eles, já com os irmãos a relação é boa. O pai biológico é totalmente ausente, desde a altura em que se separou da mãe.

Num dado momento desta entrevista, F.M. alega estar com vontade de ir para casa, apesar da sua vida estar desagradável. Foi lhe perguntado o que faz a sua vida ser menos agradável e depois de um curto silêncio, ela respondeu que se sente sozinha, inútil, sem amigos, sem uma família unida, sem namorado, sem energia para enfrentar essa vida, e, relatou ainda, que

estava cansada de estudar e que não se diverte, pois, a sua vida resume-se apenas em estudar e que a sua mãe não lhe deixa sair á noite para ir passear ou ir á festas. Salienta sentir-se assim desde os 13 anos e, sublinha que se sente sufocada pela mãe, pois, a mesma nunca lhe deixou fazer nada. Ao lhe questionar se já tinha conversado com a mãe sobre o assunto, ela respondeu que nunca, pois, diz que a mãe é uma pessoa difícil de lidar.

Nesta sequência, perguntou-se-lhe se alguma vez teve acompanhamento psicológico e se desejaria ser acompanhada por um psicólogo, ela respondeu que nunca teve e que nunca pensou no assunto porque dizem que psicólogo é para «doidos», logo, foi lhe explicado a função do psicólogo e ela, depois, mostrou-se interessada.

Por fim, ao perguntar sobre as visitas, ela responde que tem recebido visitas somente da mãe e que, no momento, estava mais tranquila e mesmo com vontade de «desabafar». Assegurou-se-lhe que depois de ter alta, ela poderia continuar as consultas no Serviço da Psicologia, ao que diz que vai pensar no assunto ou que poderia, talvez, ir ao Centro da Saúde da sua zona, pois, fica-lhe mais perto de casa. Despedimo-nos e desejei-lhe melhoras.

3ª Entrevista

A F.M continua colaborante, falando num tom baixo e, por vezes, tal como nos contactos anteriores, desviava o contato visual e agitava as mãos.

Nesta entrevista, pedi que ela me descrevesse a sua infância e adolescência, em que ela relatou que foi uma criança linda e muito feliz, cheia de energia, por vezes, mal-educada e que tinha muitos amigos na escola, pois, era extrovertida e alegre. A mãe não a deixava sair de casa, mas divertia-se muito na escola e quando ia á casa dos primos. Já na adolescência, a partir dos 13 anos, começou a perder o ânimo com a vida e se tornou uma pessoa mais «fechada», insegura, ansiosa, que irrita facilmente e que prefere isolar-se dos demais. Ela ainda referiu que queria muito fazer o que os outros adolescentes faziam, como sair á noite, ir a casa dos amigos, namorar, mas a mãe preferia que ela ficasse em casa a estudar, pois, temia que ela engravidasse cedo e não acabasse os estudos. Ela diz que nunca contrariou a mãe porque não a queria ver triste e zangada com ela, e referiu que, apesar de agora a mãe não lhe deixar sair apenas á noite por medo de assaltos, ela já não tem muita vontade de sair durante o dia, e acabou por lagrimejar.

Foi lhe perguntado sobre o seu padrão de sono e a alimentação. A F.M diz que gosta muito de dormir e habitualmente, dorme muito durante o dia, principalmente, nos fins-de-semana em que não tem preocupação de ir á universidade e que se fosse por ela dormia assim todos os dias. Pois, de uns tempos para cá, tem tido, sempre, vontade de ficar deitada. Relativamente a alimentação, diz que já faz algum tempo que não tem muita vontade de comer e a mãe sempre a obriga a se alimentar, tendo em conta que estava mais magra do que antes.

Ao ser questionado sobre a ocupação dos tempos livres, ela relata que por não ter nada para fazer, prefere ficar deitada a mexer o telemóvel ou a dormir. ainda alega que antes gostava muito de sair com os familiares nos fins-de-semana, mas atualmente não tem vontade e acabam por sair sem ela. Neste contexto, afirma ficar deitada e sozinha em casa. Foi nesta sequência que se lhe sugeriu fazer alguma atividade, especialmente, uma atividade física com a qual se identifica melhor. Mostrando-lhe, pois, a sua importância para o bem-estar mental e físico, ao que ela sorriu levemente.

No fim, foi-lhe lembrado que após alta, poderia continuar com as consultas de Psicologia e, se for possível, agendar uma entrevista a mãe, ela acenou-se com a cabeça e agradeceu, depois despedimo-nos.

Compreensão do caso

Com base nas informações recolhidas durante as entrevistas é possível perceber que a paciente vivencia um sofrimento psíquico grande, pois, sente-se sozinha, inútil e sem ânimo com a vida, preferindo isolar-se, ficando em casa sempre deitada. A F.M já perdeu o interesse nas atividades que antes gostava e lhe dava algum prazer, como por exemplo, os passeios com a família.

Estes sintomas podem ser compreendidos se remetermo-nos para a adolescência dela, pois as restrições parentais, particularmente, da mãe no que se refere as relações de par, e a ânsia pela autonomia típica desta etapa de vida, que se manifesta, muitas vezes, pelas “saídas” e o “querer estar” com o grupo de pares com o qual se identifica, neste sentido, pode-se dizer que a mãe até certo ponto foi castradora e proporcionou o desenvolvimento de esquemas cognitivos de solidão, isolamento, desinteresse, desânimo e fragilidade. Criando ou tendo, atualmente, um ciclo “pobre” relacional, o que acentua ainda mais a sua angústia de solidão, fragilidade e isolamento.

Essa fragilidade narcísica, também, temperada pela ausência quase que total da figura paterna, tal como se viu pelos dados da entrevista. E que foi camuflada e confundida pelo autoritarismo assumido pela figura materna.

Pode-se constatar que o ambiente emocional criado é caracterizado por alguma frieza, uma reduzida troca de afetos, e pela ausência de autonomia, o que não foi favorável ao desenvolvimento da autoestima dela, contribuindo para que se tornasse uma jovem insegura, submissa e deprimida.

A F.M apresenta humor deprimido, perda de prazer e interesse de atividades de que antes gostava, sentimentos de inutilidade, perda de apetite, sofre de hipersônia, e o estado dela levou-a a uma tentativa de suicídio. Esses sintomas nos levam para o episódio depressivo.

Hipótese diagnóstica: Segundo o CID-10, a pessoa apresenta sintomas do episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos (F32.2).

Proposta de Intervenção

O caso tem indicações para a **Psicoterapia cognitiva-comportamental** visto que esta modalidade psicoterapêutica atua sobre os pensamentos disfuncionais e o comportamento, e a **Terapia familiar** com o objetivo de trabalhar com a mãe no sentido de melhorar a relação mãe e filha.

Porém, essas modalidades requer uma especialização e, portanto, a melhor indicada é a **Psicoterapia de apoio com técnicas cognitiva-comportamental** visto que é a modalidade que faz recurso à uma abordagem eclética, ou seja, utiliza técnicas de todas as modalidades terapêuticas, conforme as necessidades do paciente.

Tabela 2. Plano de intervenção

Sessões	Objetivos	Atividades/ técnicas	Resultados esperados
1 ^a	Fornecer informações acerca da psicoterapia e o transtorno	Psicoeducação	Espera-se que o sujeito possui melhor entendimento sobre o tratamento e o seu transtorno
2 ^a 3 ^a	Identificar e modificar os pensamentos irracionais do sujeito.	Reestruturação cognitiva	Espera-se que o sujeito possa identificar e modificar os seus pensamentos irracionais por pensamentos mais racionais.
4 ^a	Reduzir a ansiedade do sujeito.	-Algumas técnicas de relaxamento (Exercícios respiratórios, imaginação guiada, relaxamento muscular) -Sugestão	Espera-se que o sujeito possa utilizar as técnicas para conseguir relaxar-se melhor em situações que lhe causa ansiedade.
5 ^a 6 ^a 7 ^a	Desenvolver as competências sociais do sujeito.	Treino de habilidades sociais (Treino de assertividade, ensaio comportamental, tarefas)	Espera-se que o sujeito tenha as suas habilidades sociais mais desenvolvidas, melhorando, assim, as suas interações sociais.
8 ^a	Avaliar o processo.	Numa escala de 0-10 saber acerca da resolução do transtorno.	

3.4 Fundamentação teórica do caso II

Alcoolismo

O alcoolismo e os problemas relacionados ao uso de álcool configuram-se como um dos principais problemas de saúde pública do mundo, acarretando sérios prejuízos de ordem biológica, psicológica, social, que acometem os indivíduos em todos os domínios de sua vida (Andrade & Couttolenc citado por Silveira P. [et al], 2011).

A bebida alcoólica é um problema antigo da sociedade, apesar de seus graves prejuízos provocados ao organismo dos indivíduos que consomem desta droga, o álcool ainda é considerado uma droga lícita, e continua sendo a droga mais consumida entre jovens que em sua maioria encontra no álcool uma função mediadora da sociabilidade e é agente de desinibição e estimulador das relações entre seus pares (Medeiros E., 2018).

A bebida alcoólica está presente em praticamente todas as ocasiões sociais como reuniões de celebrações, por causa de uma de suas principais características mais populares que é o favorecimento da desinibição resultado de sua ação no sistema nervoso central assim, o consumo de bebidas alcoólicas é sinônimo de alegria, lazer e relaxamento (Pádua citado por Medeiros E., 2018).

Causas do Alcoolismo

Apesar do alcoolismo não ser hereditário, alguns autores apontam que existe uma predisposição orgânica para o desenvolvimento do mesmo, sendo então indiretamente transmissível de pai para filho (Moraes & Barroco citado por Medeiros E., 2018).

O desenvolvimento do alcoolismo depende de três fatores: a parte genética, o meio em que o mesmo vive e o indivíduo, pois, filhos de pais alcoólatras são geneticamente diferentes, porém a doença só vai se manifestar dependendo das características psicológicas favoráveis e se estiver em um meio social propício. Estes fatores supracitados agem de forma simultânea na vida somando-se ao fato de que os adolescentes possuem o sistema neural de controle de impulsos imaturo (Medeiros E., 2018).

Além da dependência física, o alcoolista também pode desenvolver dependência psicológica ao álcool. A falsa crença de que a bebida acabará com as emoções ruins e as frustrações, reduzirá sensações de ansiedade e ajudará a resolver problemas do cotidiano, nutre o desejo

do indivíduo de continuar ingerindo quantidades cada vez maiores de álcool. Em vista disso, vários transtornos depressivos, de ansiedade ou alimentar, por exemplo, podem estar relacionados ao uso excessivo do álcool (Brandão L., 2015).

Consequências do transtorno

Segundo Medeiros E. (2018), O consumo de bebidas alcoólicas gera inúmeros efeitos nocivos no organismo dos indivíduos que praticam o seu consumo, tais como:

- a) as intoxicações alcoólicas,
- b) Hipoglicemia,
- c) Alcoolismo Agudo,
- d) Alcoolismo Crônico,
- e) Doenças hepáticas alcoólicas (DHA),
- f) Cirrose,
- g) Esteatose alcoólica,
- h) Hepatite alcoólica.

Para além, de diversos problemas graves no sistema nervoso central (SNC), como, o coma alcoólico, que pode ter como uma das suas consequências à morte. Os malefícios supracitados são consequências da agressão direta ao cérebro provocada pelo álcool. Visto que, essa droga é absorvida pelo sangue, e seus efeitos nocivos são sentidos mais imediatamente no cérebro, por que a corrente sanguínea leva o álcool que se encontra impregnado no sangue diretamente para o cérebro e o tecido que constitui o cérebro faz uma grande absorção do álcool que ataca agressivamente o sistema nervoso central (SNC) (Guerri & Pascual citado por Medeiros E.,2018).

Tratamento

O tratamento psicológico pode auxiliar na conscientização dos efeitos nocivos do álcool e na compreensão de sentimentos e comportamentos associados à manutenção da dependência, assim como nos transtornos associados. O objetivo do tratamento é sanar os prejuízos causados no desenvolvimento das habilidades cognitivas, comportamentais e emocionais, por

meio da psicoterapia (individual, grupal e/ou familiar). A psicoterapia ajuda o alcoolista a aprender a desenvolver hábitos de vida mais saudáveis, auxiliando na prevenção de recaídas, na busca da resolução de problemas e a manter o autocontrole e a motivação para continuar vivendo sem o uso do álcool. Outra parte importante do tratamento é a presença constante da família (Brandão L., 2015).

.

A família é o principal alicerce na vida de alguém e não é diferente no tratamento do alcoolismo. Muitos familiares acreditam que não podem ajudar ou que já fizeram o bastante para que seu ente querido saia do alcoolismo. Sentimentos de medo, raiva, culpa ou rejeição são comuns em familiares que desconhecem o problema. Por essa razão, informar, orientar e apoiar também os familiares do alcoolista é de suma importância e deve fazer parte do tratamento. As chances de recuperação crescem quando existe acompanhamento familiar nas reuniões em grupos de apoio ou no tratamento. Estudos indicam que a inserção do familiar ou de uma pessoa significativa para o alcoolista no tratamento traz bons resultados e ajuda na prevenção de recaídas (Brandão L., 2015)

.

As recaídas são comuns durante o tratamento, pois o alcoolismo é uma doença crônica e requer atenção e cuidado. Elas podem acontecer por causa da ansiedade, situações de estresse, conflitos familiares ou pressões sociais para que haja o consumo do álcool, principalmente no início do tratamento. Sentimentos de fracasso ou vergonha são comuns após uma recaída, mas isso não significa dizer que o tratamento não deu certo e sim que é uma nova chance para o recomeço. A pessoa deve continuar o tratamento mesmo após a recaída. O psicólogo que a acompanha pode ajudar e saberá auxiliar no manejo de estados emocionais negativos causados pela recaída. Enfraquecer pensamentos permissivos e mantenedores da dependência ajuda a não recair da próxima vez (Brandão L., 2015).

Vale salientar que, devido à alta complexidade do alcoolismo, o tratamento deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar especializada nos cuidados do transtorno do uso do álcool. É de suma importância atender às necessidades de saúde, sociais, psicológicas e profissionais dos alcoolistas (Brandão L., 2015).

3.5 Caso II

Tabela 3. Identificação do sujeito

Dados sociodemográficas	
Nome: J. L	Profissão: Pedreiro
Idade: 30	Residência: Ribeirinha
Sexo: M	Naturalidade: Santo Antão

Motivo do internamento: Dores no estômago devido a problemas de alcoolismo.

Motivo da interconsulta: Alcoolismo.

Entrevistas

Foram realizadas duas entrevistas de avaliação na enfermaria da medicina, sendo a primeira entrevista realizada com a psicóloga responsável da enfermaria.

1ª Entrevista

O paciente mostrou-se colaborante e tranquilo.

Cumprimentamo-nos e apresentamo-nos, de seguida perguntamos-lhe como estava se sentindo e se sabia o motivo de estarmos ali, ao que ele respondeu que estava bem e que não sabia do motivo. Nesta sequência, fizemos-lhe algumas questões acerca da idade, a residência e a profissão.

De seguida, fizemos-lhe algumas questões acerca do alcoolismo e, segundo o paciente, ele começou a consumir álcool desde adolescente, não fuma, costuma beber mais nos fins-de-semana e á noite quando sai do trabalho, e as bebidas que mais consome é o «grogue» e a cerveja. Ao lhe questionar se já pensou em parar com o consumo, ele respondeu que, às vezes, pensa e que a filha está sempre a dizer-lhe isto, mas não consegue.

No fim, despedimo-nos e desejamos-lhe melhoras, pois, o médico iria lhe ver.

2ª Entrevista

Nesta entrevista, o paciente mostrou-se colaborativo, tranquilo e diz que se sentia bem melhor.

O J.L vive com a esposa, a filha de 20 anos e o filho de 14 anos e, relatou, novamente, que a filha sempre lhe diz que bebe muito e que deveria parar com o consumo. Questionei-lhe como ele se sente ao ouvir isto da filha, ao que respondeu que, inicialmente, fica chateado com ela, mas depois permanece pensativo sobre a sua condição e que poderia realmente tentar diminuir ou parar o consumo. Acerca da relação com a família, o J.L diz que a relação é boa, apesar de a esposa e a filha serem «chatas», principalmente quando está a consumir bebidas alcoólicas, pois, elas sempre discutem com ele.

Perguntou-se-lhe se já teve algum acompanhamento psicológico e se desejava ter um, em que respondeu que nunca teve e que nunca tinha pensado no assunto. Depois foi-lhe perguntado se, após a alta, queria continuar as consultas no serviço de Psicologia para trabalharmos acerca do seu consumo com o álcool, ele respondeu com um sorriso e disse que iria pensar no assunto.

Relativamente as visitas, o sujeito tem recebido visitas da esposa e dos filhos. Por fim, despedimo-nos e foi-lhe desejado melhoras.

Compreensão do caso

Com base nas informações recolhidas durante as entrevistas de avaliação com J.L, foi possível constatar que o paciente consome demasiado bebidas alcoólicas, principalmente nos fins-de-semana e á noite quando saí do trabalho. Os seus familiares apresentam uma preocupação excessiva sobre o seu estado, principalmente a filha e o mesmo acaba por ter consciência disso, só que não consegue evitar o consumo. O uso recorrente levou-o a ter problemas no estômago.

Hipótese diagnóstica: Segundo o CID-10, o sujeito apresenta transtornos mentais e de comportamento decorrentes ao uso de álcool (F10).

Proposta de intervenção

A Psicoterapia melhor indicada é a **Psicoterapia de apoio com técnicas cognitivo-comportamental**, visto que é a modalidade que utiliza técnicas de todas as modalidades terapêuticas, conforme as necessidades do paciente.

Tabela 4. Plano de Intervenção

Sessões	Objetivos	Atividades/ técnicas	Resultados esperados
1 ^a	Fornecer informações acerca da psicoterapia, o transtorno e as suas consequências.	Psicoeducação	Espera-se que o sujeito possui melhor entendimento sobre o tratamento e o seu transtorno.
2 ^a 3 ^a	Identificar e modificar os pensamentos irracionais do sujeito, principalmente, acerca da bebida para pensamentos mais positivos.	Reestruturação cognitiva	Espera-se que o sujeito possa identificar e modificar os seus pensamentos irracionais por pensamentos mais positivos.
4 ^a	Desenvolver as suas estratégias de enfrentamento dos problemas.	Estratégias de resolução de problemas	Espera-se que o sujeito consiga identificar e encontrar soluções para lidar com situações de alto risco de recaídas.
5 ^a 6 ^a 7 ^a	Desenvolver as competências sociais do sujeito.	Treino de habilidades sociais (Treino de assertividade, role-play, tarefas)	Espera-se que o sujeito tenha as suas habilidades sociais mais desenvolvidas e que consiga dizer não perante situações de risco.
8 ^a	Ajudar a encontrar outras formas de relaxamento.	-Algumas técnicas de relaxamento (exercícios respiratórios, imaginação guiada, relaxamento muscular) -Sugestão (exercícios físicos, atividades	Espera-se que o sujeito possa relaxar-se, utilizando as técnicas, quando está tenso ou ansioso, em vez, de recorrer a bebida.

9ª	Prevenir a raiva.	Manejo da raiva	Espera-se que o sujeito saiba lidar com a raiva, após uma recaída.
10ª	Avaliar o processo.	Numa escala de 0-10 saber acerca de como está a lidar com o transtorno.	

REFLEXÃO PESSOAL

O processo de estágio permitiu-me colocar em prática os conhecimentos adquiridos desde o 1º ano da formação e ainda obter novos conhecimentos. Ao longo da Licenciatura, tivemos algumas práticas com sujeitos reais, mas nada comparada com o estágio que permitiu-me ter uma melhor noção de como é a carreira profissional de um psicólogo.

Quando iniciei o estágio várias foram as incertezas e os receios com que deparei, como por exemplo, em relação as entrevistas de avaliação que, inicialmente, tive alguma ansiedade e estava constantemente a pensar “será que estava a fazer as perguntas certas?” ou “será que devo fazer essa pergunta?”, mas com o passar do tempo a ansiedade diminuía e sentia-me mais relaxada. Também várias foram os momentos de frustração, pois, houve algumas mudanças no serviço de saúde mental em que, atualmente, cada psicólogo é responsável em trabalhar com os pacientes internados de uma determinada enfermaria e, muitas vezes ficávamos entediados, pois, nem sempre aparecia casos e quando aparecia algum, raramente os pacientes continuavam o seguimento após a alta.

Durante o estágio no hospital pude constatar que não dão muita importância aos psicólogos e não há um trabalho multidisciplinar forte com os pacientes internados. Na minha opinião, deveria ter mais diálogo dos médicos com os psicólogos, em relação aos pacientes.

Tive também alguns obstáculos pessoais que não me permitiu realizar o estágio até ao fim. Eu não estava bem psicologicamente, e ainda por cima engravidei e não estava preparada, tudo isso fez-me desistir antes do fim, mas com o tempo me arrependi. O nascimento do meu filho me fez procurar ajuda e deu-me novamente a motivação para lutar por os meus sonhos e terminar o que iniciei.

CONCLUSÃO

O processo de estágio realizado no Hospital Baptista de Sousa foi um processo de aprendizagem, pois, não só permitiu colocar os conhecimentos adquiridos ao longo da formação em prática, como fez-nos ir atrás de novos conhecimentos. Com o estágio pude ter a noção da carreira profissional do psicólogo e, afirmo que a psicologia não é fácil e que a pratica é diferente da teoria.

Apesar de algumas limitações, como por exemplo, a desistência de alguns pacientes em continuarem o seguimento após a alta o que nos deixavam frustrados, posso dizer que o estágio foi gratificante e bastante útil.

Esta etapa pode ter terminado, mas para mim será o início de várias outras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Caetano D. (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*. Porto Alegre. Artmed.

Leal, I. (2005). *Iniciação às Psicoterapias*. Lisboa. Fim de Século.

Reis T. (1999). Síndrome Depressivo e Modelos de Depressão. *Análise Psicológica*. 4(2), p. 537-541. São Paulo.

Rivero C. (2009). *Depressão: Um desafio às emoções*. Lisboa. Plátano Editora.

Silveira P. [et al.] (2011). Revisão sistemática da literatura sobre estigma social e alcoolismo. *Estudos de Psicologia*. 16(2), p.131-138. Brasil.

Delgado-Martins E (2005) disponível em <https://www.janela-aberta/familia.org/pt/content/os-estilos-parentais-> Consultado em 05/04/19 às 10:30

Faria C.(2019) disponível em <https://www.tuasaude.com/como-saber-se-e-tristeza-ou-depressao-> Consultado em 05/04/19 às 11:00

Medeiros E. (2018) disponível em www.psicologia.pt artigos> textos- Consultado em 11/05/19 às 15:00

Varella D. (2016) disponível em <https://drauziovarella.uol.com.br-> Consultado em 11/05/19 às 15:15

Brandão L., 2015 disponível em <https://www.isaude.com.br> notícias> detalhe> noticia> a-psicologia – Consultado em 11/05/19 às 15:30

<https://www.Terapiacognitivo-comportamentaldetranstornosdeabusodeálcool.com-> Consultado em 12/05/19 às 10:30

ANEXOS

Anexo 1. Casuística

Nome	Idade	Sexo	Residência	Enfermaria	Motivo do internamento	Motivo da interconsulta
S.	63	M	Bela Vista	Medicina	Tumor (homeopatia) B22	Não estava colaborativo com os médicos e enfermeiros
J.	36	M	Sal	Medicina	Queimaduras	Algumas mudanças de comportamento.
J. S	64	F	Madeiralzinho	Cirurgia	Pé diabético	Risco de o pé ser amputada.
A.	35	M	Ribeira Bote	Cirurgia	Dores no estômago	Alcoolismo